

様式 4

賛助会員（個人）入会申込書

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会会長 殿

一般社団法人岩手県介護老人保健施設協会に入会を申し込みます。

平成 年 月 日

（ふりがな）

入 会 希 望 者 氏 名

⑩

（ふりがな） 自 宅 所 在 地	〒 ー		
	TEL: ー ー		FAX: ー ー
	E-MAILアドレス: 全老健メールマガジンの配信を希望する・しない		
（ふりがな） 勤 務 先 名 称	〒 ー		
	TEL: ー ー		FAX: ー ー
	E-MAILアドレス: 全老健メールマガジンの配信を希望する・しない		
（ふりがな） 勤 務 先 所 属		（ふりがな） 勤 務 先 役 職	
資 料 送 付 先 希 望	自 宅 ・ 勤 務 先		

*1 必要事項を記入捺印の上、該当番号に○印を付して下さい。